



⑧接種の詳細※	<b>1回目接種</b> 年            月            日    接種時住所※1 (                    ) <input type="checkbox"/> ファイザー (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	<b>2回目接種</b> 年            月            日    接種時住所※1 (                    ) <input type="checkbox"/> ファイザー (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	<b>3回目接種</b> 年            月            日    接種時住所※1 (                    ) <input type="checkbox"/> ファイザー (従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	<b>4回目接種</b> 年            月            日    接種時住所※1 (                    ) <input type="checkbox"/> ファイザー (従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	<b>5回目接種</b> 年            月            日    接種時住所※1 (                    ) <input type="checkbox"/> ファイザー (従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> その他 (                    )
	<b>6回目接種</b> 年            月            日    接種時住所※1 (                    ) <input type="checkbox"/> ファイザー (従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (オミクロン株対応型) <input type="checkbox"/> その他 (                    )

※1 「接種時住所」は国内の場合は**市区町村名**、海外の場合は**国名**をご記入ください。

※2 国内で接種を受けた方で、**接種済証等の写しを添付する場合は記入不要**です。